

常務理事	事務長	担当	台帳

健康保険 資格確認書滅失届

記 号		番 号		被保険者名	
被保険者の勤務 する(していた) 事業所	所在地				
	名 称				
滅失対象者	対象者氏名		生年月日		
			昭和・平成・令和 年 月 日		
			昭和・平成・令和 年 月 日		
			昭和・平成・令和 年 月 日		
滅失したときの 状況					
令和 年 月 日					
T I S インテックグループ健康保険組合 理事長 殿					
うえに記載したとおり、資格確認書を滅失いたしました。 なお、滅失した資格確認書を発見したときは、ただちに 返納いたします。					
住 所					
被保険者					
フリガナ					
氏 名					

受 付 印

〔注意事項〕
この届書は、健康保険資格喪失者が有効期限内の資格確認書を
返納することができない場合に提出するものです。